ÉCOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE DE TOULOUSE

ANNÉE 1949 — N° 21

Subjectivité et Diagnostic

EN PATHOLOGIE VÉTÉRINAIRE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT VÉTÉRINAIRE

(*Diplôme d'Etat*)

soutenue publiquement en Juin 1949
devant la Faculté Mixte de Médecine
et de Pharmacie de Toulouse
par

AUDIFFRET ALFRED

né le 25 Mai 1925 à Marseille

JURY

Président — M. SENDRAIL, *Professeur à la Faculté de Médecine*

Assesseurs — M. LOMBARD, *Professeur à l'Ecole Vétérinaire*

Assesseurs — M. LASSERRE, *Professeur à l'Ecole Vétérinaire*

1900 - 31-3594 — Leconte - Marseille.

1949

Subjectivité et Diagnostic

EN PATHOLOGIE VÉTÉRINAIRE

ÉCOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE DE TOULOUSE

ANNÉE 1949 — N° 21

Subjectivité et Diagnostic

EN PATHOLOGIE VÉTÉRINAIRE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT VÉTÉRINAIRE

(Diplôme d'Etat)

soutenue publiquement en Juin 1949
devant la Faculté Mixte de Médecine
et de Pharmacie de Toulouse
par

AUDIFFRET ALFRED

né le 25 Mai 1925 à Marseille

JURY

PRÉSIDENT — M. SENDRAIL, *Professeur à la Faculté de Médecine*

ASSESSEURS — M. LOMBARD, *Professeur à l'Ecole Vétérinaire*

ASSESSEURS — M. LASSERRE, *Professeur à l'Ecole Vétérinaire*

1900 - 31-3594 — Leconte - Marseille.

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE

ÉCOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE de TOULOUSE

PERSONNEL ENSEIGNANT

Directeurs honoraires ..... MM. CUILLE
MARTIN

Professeur honoraire ..... LECLAINCHE
Directeur ..... PONS

PROFESSEURS

Chimie et Pharmacie ..... GODFRAIN
Anatomie ..... FLORENTIN
Physiologie ..... BRUNAUD
Anatomie Pathologique - Inspection des Viandes LOMBARD
Parasitologie ..... BRIZARD
Médecine ..... DARRASPEN
Chirurgie ..... LASSERRE
Pathologie du Bétail ..... BERTHELON
Maladies Microbiennes ..... SAURAT
Zootechnie ..... PONS

AGRÉGÉS

Anatomie ..... BENOIT
Médecine ..... FLORIO
Chirurgie ..... PUGET
Zootechnie ..... LADRAT

CHEF DES TRAVAUX

Pathologie du Bétail ..... TOURNUT
Maladies Microbiennes ..... LAUTIE

COURS COMPLÉMENTAIRES

Pisciculture et maladies des poissons ..... SECONDAT

La Faculté et l'Ecole déclarent n'être pas responsables des opinions émises par les candidats (délibération de la Faculté en date du 10 mai 1891, et du Conseil de l'Ecole en date du 13 juin 1924).

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MON PERE, A MA MERE

qui ont su faire de leur grand sacrifice une simple affection, cette thèse exprimera humblement ma profonde gratitude et mon immense tendresse.

A MA FEMME

qui est avec moi dans ce travail.

A MA SŒUR

A MA FAMILLE

A MES AMIS

AU PRESIDENT DE NOTRE JURY DE THESE

M. le Professeur SENDRAIL
de la Faculté de Médecine de Toulouse

qui nous a fait le grand honneur d'accepter la Présidence
du Jury de notre thèse.
Hommages respectueux

AU JURY DE NOTRE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LOMBARD
de l'Ecole Nationale Vétérinaire de Toulouse
Chevalier de la Légion d'Honneur

Il fut pour nous un maître brillant et affable. Son érudition nous a fait découvrir bien des beautés proprement humaines.

Qu'il trouve, ici, l'expression de notre profonde gratitude et de notre respectueuse sympathie.

. . MONSIEUR LE PROFESSEUR LASSERRE
de l'Ecole Nationale Vétérinaire de Toulouse
Chevalier de la Légion d'Honneur

qui nous a montré ce qu'étaient le plaisir de l'action et la force de la droiture.

Nous sommes heureux de lui exprimer, ici, notre gratitude et notre attachement.

A TOUS NOS MAITRES DE L'ECOLE
NATIONALE VETERINAIRE DE TOULOUSE.

Introduction

J'ai poursuivi longtemps une aride science.

J'ai tenté vainement d'en atteindre les fruits...

...Voici, traduit en distique, le sentiment qui s'offrait comme conclusion à nos études. Nous étions entré dans notre Ecole avec un honnête besoin de logique, avec cette envie de posséder — mais de posséder tangiblement — qui est sans doute l'apanage de la jeunesse et nous avons rencontré cette sensation d'impuissance. Fallait-il donc s'avouer vaincu et se convertir au sophisme ? Est-ce que cette Science biologique n'était que prétexte à structures formelles détruites inexorablement par la vérité « pratique » ? Est-ce que rien ne pourrait nous appartenir de cette matière vivante sur laquelle nous allions désormais nous pencher chaque jour ? Est-ce que aucune méthode de savoir ne pourrait nous faire saisir cette physionomie mouvante de l'objet de notre étude ?

Nous n'avons pas voulu refuser la mise au point. Nous commençons à écrire cette thèse avec le besoin de donner un but, un sens, à ce qu'un langage officiel dénomme profession, à ce qui deviendra pour nous une recherche sereine et heureuse de la vérité.

Nous avons limité notre étude au *diagnostic en pathologie vétérinaire* parce que c'est le temps de notre raisonnement qui détermine sûrement notre savoir et aussi parce que c'est l'exercice que nous avons le plus pratiqué, bien que, certes, notre expérience soit précaire. Il nous fallait d'ailleurs être encore empreint de l'esprit scolaire pour aborder notre problème. Nous avons aussi limité notre étude au diagnostic clinique. Cela semble ignorer toute une part de nos attributions puisque le diagnostic nécropsique est journellement pratiqué par les vétérinaires dans leur rôle d'hygiéniste des denrées alimentaires. En réalité, c'est dans le diagnostic sur le vivant que paraît se tenir l'instabilité qui nous préoccupe. Le diagnostic nécropsique a des bases objectives, il se fait sur une matière qui est beaucoup plus objet que sujet. Nous sommes persuadé, certes, de ne pas nous trouver en face de simples molécules protéiques lorsque nous faisons une autopsie, mais c'est la vie animant nos malades qui nous paraît insaisissable. Nous irons donc droit à notre mise au point laissant hors de notre sujet tout ce qui a trait à l'animal mort.

Nous considèrerons, tout d'abord, le domaine de notre étude en un premier chapitre, intitulé : *Terrain de la Pathologie vétérinaire.* Mis, alors, en face de notre champ d'action, nous verrons quels sont les *Instruments du diagnostic* et quelle est la valeur de ces instruments. Connaissant ainsi l'objet et les moyens mis à notre disposition pour le posséder, nous étudierons les *Méthodes du diagnostic,* c'est-à-dire les méthodes d'utilisation de nos instruments. Nous n'allons donc, en aucune façon, faire œuvre créatrice. Nous voulons considérer les faits et extraire d'une vérité pratique, établie, des raisons de croire à une connaissance diagnostique.

CHAPITRE PREMIER

Terrain de la pathologie vétérinaire

Notre intelligence tient dans l'ordre des choses intelligibles le même rang que notre corps dans l'étendue de la nature.

PASCAL (*Pensées*).

Ce que nous entendons par *Terrain de la Pathologie vétérinaire* n'est rien d'autre que le domaine du Vétérinaire praticien. C'est son champ d'action, c'est l'objet quotidien de son étude, de sa recherche. Et cet objet, ce sont les animaux malades. Il nous semble faire tautologie lorsque nous disons : l'objet de la pathologie vétérinaire, ce sont les animaux malades. Croyez-vous pourtant que nous ayons ainsi déterminé de façon sûre cet objet ? Croyez-vous que cette définition soit aussi évidente que lapidaire ? Il n'est phrase plus sybilline au contraire et nous l'allons prouver tout de suite.

Demandez à un Chimiste ce qui fait l'objet de ses études ? Il vous répondra : « Ce sont la nature et les propriétés des corps simples. » Continuez à être curieux et demandez-lui ce qu'est un « corps simple » ? Il vous répondra que c'est un corps qui n'a pu être décomposé en éléments distincts et il vous en présentera un en vous donnant sa couleur, sa température de fusion, son poids moléculaire. Il ira même jusqu'à vous offrir un symbole qui caractérisera ce corps et pourra être utilisé par vous. Quant à nous, voici ce que nous savons de notre matériau : il est vivant, il est malade et c'est un animal. Nous allons essayer d'être plus curieux et de savoir ce que signifient ces qualificatifs. Nous allons nous demander ce que représente sa qualité de vivant, puis nous essayerons de connaître ce qu'est cet état spécial de maladie dans lequel nous le rencontrons. Nous espérons ainsi pouvoir donner une idée, à moins de définition, de ce qui est l'énoncé du problème posé au moment du diagnostic : l'animal malade.

L'ETRE VIVANT

Il est un procédé simple et sans doute logique pour définir l'être vivant. Il consiste à définir la vie, puis à en appliquer les attributs à ce qui n'est que sa manifestation matérielle et finie.

Voici pour cela quelques définitions du mot vie : « c'est le principe intérieur d'action », c'est l'union temporaire du sens intime et de l'agrégat matériel », « c'est l'organisation en action ». ...*Verba et voces,* n'est-ce pas ? Jamais l'être vivant n'apparaîtra à partir de ces élucubrations purement verbales. Aucune de ces définitions n'est faite « dans l'ordre prochain » c'est-à-dire dans le domaine des choses connues de nous. Elles sont purement formelles et ne contiennent aucune des manifestations de la vie. Elles sont situées au-dessus de ces manifestations en essayant de saisir leur *primum movens*, donc elles sont au-dessus de notre objet.

Mais il est d'autres tentatives de définition de la vie, induites à partir des faits, nées de l'expérience, et celles-ci doivent contenir tous les phénomènes de la vie, donc caractériser l'être vivant. La première en date est assez décevante car, de sa recherche, elle retire une idée métaphysique de la vie : c'est l'*Animisme* d'Aristote, de Platon, ou le *Vitalisme* de Barthez. Pour ceux-ci, l'homme commence à percevoir la vie au moment où il devient cet « ange » dont parle Pascal. L'être vivant est un objet recouvert d'une auréole qui est la vie et nous n'avons pas progressé, nous sommes dans un domaine insoumis à la Science. Mais il y eut ensuite autres gens que des philosophes pour définir la vie. Et nous avons eu la définition évolutionniste qui a fait naître les *Ovistes* et les *Spermatistes*. Nous entendons déjà des mots de la biologie. Nous avons eu la définition microméristе, la définition organiciste et ces deux-là contiennent des termes de physiologie. Toutes ces définitions voulaient faire de la vie chose matérielle, mais les moyens d'investigation manquaient. Aussi pouvons-nous dire qu'elles ont servi d'historique à des définitions déterministes de la vie qui se firent jour à la lueur des progrès de la Physique et de la Chimie. Le Dantec, dans sa *Théorie nouvelle de la vie*, fit de la *vie élémentaire* une somme de réactions physico-chimiques. L'être vivant est considéré comme une somme de *plastides* et l'étude de ces plastides nous permettra d'être des physiciens et des chimistes en face de nos animaux. Basset, pourtant, qui vient après Le Dantec, et qui a progressé dans la connaissance biologique, se reprend à douter et crée le *Néovitalisme*. Il pense à des réactions physico-chimiques *spéciales, complexes*. Autant d'adjectifs qui cachent le manque de foi en la réussite. Il faut arriver en 1928, pour qu'Auguste Lumière publie, dans « *La Vie, la Maladie, la Mort* », sa théorie qui ramène la vie à des phénomènes colloïdaux. C'est là, vraiment, présenter notre objet mais ce n'est que reculer le problème. Dire que nos animaux sont un espace où ont lieu des phénomènes colloïdaux, c'est peut-être nous emmener dans *l'ordre prochain*, dans un domaine connu. Mais il faudrait aussi, dans cette définition, *la différence spécifique*. Or, Auguste Lumière n'a pas encore pu nous dire la différence qu'il y a entre une solution colloïdale inerte et une solution colloïdale vivante.

Cl. Bernard, dans ses « *Leçons sur les phénomènes de la Vie...* » fournit une conclusion à nos vains efforts. La vie ne se définit pas, elle n'est pas l'objet d'une science mathématique

que l'on définirait *à priori*. L'adjectif « *rond* » se définit : qui peut être obtenu par la révolution d'un point, d'une ligne ou d'une surface autour d'un axe. Toutes les fois qu'un objet présente cette forme, nous disons qu'il est rond. L'adjectif « *vivant* » est différent de l'adjectif « *rond* », sans doute d'ailleurs parce que nous savons créer quelque chose de rond et nous ne savons pas créer quelque chose de vivant. Reconnaissons, avec Cl. Bernard, qu'il faut seulement nous attacher à caractériser la vie. Voyons avec lui, par la même expérience, que l'être vivant se caractérise par sa fonction d'assimilation. Cette fonction nous explique non pas l'essence de l'être vivant mais sa croissance, sa reproduction, sa régénération, sa vieillesse et sa mort, donc toutes ses manifestations perceptibles. On a bien fait une branche de la physique avec l'électricité et jamais une définition de ce mot n'a pu être donnée. Remarquons pourtant qu'on a su la créer. Quant à nous, Cl. Bernard nous dit que les manifestations de la vie résultent du conflit nécessaire entre les conditions organiques pré-établies et des conditions physico-chimiques déterminées. Seul le déterminisme de ce conflit peut nous être connu, c'est là *qu'il faut s'arrêter.*

Faire donc de notre objet le motif d'une connaissance et dire qu'il est vivant pour l'utiliser dans nos raisonnements, c'est synthétiser en un adjectif tous ses caractères perceptibles. C'est dire qu'il a une forme rarement anguleuse et rigide mais au contraire surtout des lignes courbes et souples. C'est dire qu'il n'est pas fait d'un seul des éléments mais qu'il les contient tous en une combinaison et non juxtaposés. C'est dire qu'il se meut et jusqu'ici nous sommes dans un domaine purement physique. Mais c'est aussi dire qu'il croît, qu'il se reproduit et qu'il meurt, ce qui peut se synthétiser en un seul mot : il assimile.

Donc, cet animal placé en face de nous n'est pas un objet défini vivant. Il n'est pas la matérialisation connue d'un concept connu. Il est perçu par nous en une idée subjective qui synthétise ses caractères étudiés par la physiologie générale.

LA MALADIE

Nous avons dû nous préoccuper, d'abord, de l'état vivant de notre objet parce que le fait qu'il soit malade implique nécessairement qu'il vit. Nous allons essayer de connaître les caractéristiques de cet être malade qui nous est présenté au moment du diagnostic.

Depuis Hippocrate, on a donné plus d'une définition de la maladie. Galien disait que « c'est une disposition anormale du corps vivant... » Borelli, que « c'est un dérangement des forces », et Boerhaave « un dérangement des humeurs ». Nous sommes encore en face de ces mots creux qui servaient à définir la vie. L'analogie n'est pas fortuite d'ailleurs, et Littré l'explique dans son Dictionnaire : « C'est donc à la vie elle-même qu'il faut demander quelle est l'idée de maladie. »

Est-ce que nous avons le droit de demander à la vie ce qu'est la maladie ? Est-ce que ces deux états ont une parenté

ou est-ce que la maladie est une étrangère pour la vie qui se manifeste à l'état de santé ? On a souvent voulu définir négativement la maladie par rapport à la santé : la maladie serait la non-santé. Ce n'est point là une définition. D'ailleurs, depuis Broussais, et son *Histoire des Phlegmasies*, on sait, au contraire, comment la maladie dérive de la santé. Pourtant, Littré dit bien « la maladie est quelque chose de positif... » Et cela a fait que certains l'ont considérée comme une puissance occulte et désordonnée, antagoniste des fonctions vitales, donc étrangère à la vie, surrajoutée. Mais Littré dit encore : « La maladie... est une réaction de la vie contre un obstacle, un trouble, une lésion. » Il est vrai que l'état malade n'est qu'une des manifestations de la vie, anormale certes, mais purement et seulement vivante tout de même.

Demandons alors une définition animiste ou vitaliste de la vie de nous donner une définition de la maladie. Nous obtiendrons une réponse aussi métaphysique, aussi insaisissable que la vie dans son essence. Par contre, si nous nous adressons à un *déterministe*, nous obtiendrons une définition de la maladie aussi sûre, aussi matérielle que celle de la vie. Ainsi, pour A. Lumière, la maladie c'est la floculation. L'état malade c'est l'état de floculat, la diversité infinie des symptômes s'explique par les différences de formes, de consistances de ces floculats. La maladie prend alors un caractère tangible, elle existe en temps que vérité physico-chimique. L'animal malade, l'agrégat de colloïdes, contient un floculat : on ne saurait donner but plus précis à nos recherches. Oui, mais si nous disons à un Vétérinaire que la maladie est une floculation, il faudra qu'il devienne un physico-chimiste. Il faudra qu'il observe les animaux malades jusqu'à découvrir un floculat dont il précisera la forme, la consistance, la structure, etc. Sans fausse modestie, cela n'est pas, pour aujourd'hui, à sa portée. Le chemin qui va du symptôme à la cause première est beaucoup trop ardu pour que celui qui veut le parcourir ne soit contraint d'abord de limiter le nombre de cas à étudier et ensuite de posséder une instruction spéciale. Celui-là serait un biologiste ou un pathologiste mais pas un Vétérinaire praticien. En réalité, notre but ne peut pas être de posséder l'essence de la maladie. Nous voulons guérir et pour cela nous devons situer notre objet entre la cause première et le symptôme, entre l'étiologie et la sémiologie. Deux disciplines nous permettent de le situer à ce niveau : la physiologie et l'anatomie dites pathologiques. C'est avec elles que nous devons définir la maladie pour que la définition nous soit accessible.

Il nous reste alors à préciser la différence qu'il y a entre anatomie et physiologie d'une part, et anatomie et physiologie pathologiques d'autre part. Nous pourrions dire que les premières sont aux secondes ce que le normal est à l'anormal en considérant que le normal représente le fonctionnement parfait d'un organisme. Oui certes quand, par exemple, nous pensons à la température centrale d'un animal. Cette température, pour un cheval, est normale à 37°. Si elle est mesurée par un chiffre supérieur, c'est l'hyperthermie ; si ce chiffre est inférieur, c'est l'hypothermie ; dans les deux cas, nous sommes dans la patho-

logie. Remarquons pourtant que la normale n'est pas aussi objective que le chiffre 37, elle peut varier entre 36°,5 et 37°,5 mais, en dehors de ces limites, c'est la maladie. Notre exemple a les caractéristiques suivantes : le normal est connu, mesuré même ici, et le pathologique est nettement distinct du normal. Il s'en faut de beaucoup que ces conditions soient toujours satisfaites. Ainsi comment parler de trouble anatomique ou physiologique à propos du système nerveux : où se situe le dérèglement d'un chien à Myoclonies ? Le normal n'est pas connu, on ne peut parler d'anormal. D'autre part, l'azotémie normale d'un chien varie entre 0 gr. 20 et 1 gr., selon son régime. Si un dosage nous fournit le chiffre 0 gr. 60, nous pouvons penser qu'il est normal, or il signe souvent l'urémie. Ici le normal et le pathologique ont des manifestations semblables.

Que conclure de cet essai ? La maladie ne peut être définie que sur un plan supérieur qui échappe à la connaissance clinique. L'anatomie et la physiologie pathologiques ne font que d'observer, de classer les manifestations de la maladie en essayant de codifier quelques mécanismes morbides. Ces disciplines situent notre animal malade entre l'étiologie et la sémiologie. La qualité de malade, comme la qualité de vivant ne peut être perçue par nous que subjectivement, à travers ses caractéristiques anatomophysiologiques.

L'ANIMAL MALADE.

Nous savons maintenant que l'objet de notre pathologie n'a pas le caractère tangible et rigoureusement défini d'un corps chimique, par exemple. Nous savons que son image essentielle doit être diaphragmée pour que nous puissions la percevoir. Il reste pourtant à considérer encore une qualité de notre objet, c'est sa qualité d'animal.

Si, en effet, nous nous adressions à des êtres dits inférieurs, des êtres qui soient tout près de ce que l'on a appelé l'unité de vie sous le nom de *plastide* ou de *cellule,* si nous nous adressions à des *amibes* ou à des *bactéries,* nous serions, semble-t-il, plus près de l'essence de la vie. Sur ces êtres on étudie la physiologie dite « générale » parce qu'on l'admet être le mécanisme premier qui se diversifie par la suite. Il semble que nous soyons plus près de la matière car ces êtres ne semblent pas posséder une individualité. Cette vie, qui dépend étroitement du milieu extérieur et que l'homme a le loisir de manipuler — dans d'étroites limites certes — est une vie élémentaire. Et les êtres vivants inférieurs paraissent à l'homme des objets. Or, les animaux ne sont pas soumis directement aux lois du monde extérieur et l'homme ne manipule pas à loisir leurs fonctions vitales, il les admet alors comme individus. Des faits anatomiques et physiologiques différencient d'ailleurs ces animaux de l'amibe : ils possèdent un système circulatoire, un système respiratoire, un système digestif. Tous trois sont organisés comme des outils parfaits de la vie elle-même, utilisés par un être absolument autonome. Et surtout, l'animal possède un système nerveux parfaitement organisé : là, l'individualité

de notre objet semble être définitivement marquée. Ce système nerveux, en effet, a un rôle de commande. Il est fait pour diriger les fonctions vitales, pour utiliser des mécanismes physiologiques parfaitement individualisés eux-mêmes. Tout ceci nous aide à dire que les animaux possèdent une autonomie organique qui permet à l'homme de les considérer non pas comme des mécanismes biologiques, mais comme des individus : et ceci avec des bases objectives.

L'individualité des animaux s'accuse encore lorsqu'on s'approche de chacun d'eux. Un véritable abîme sépare un oiseau d'un mammifère, un carnivore d'un ruminant. Et parmi les ruminants eux-mêmes on doit distinguer les « grands » et les « petits ». Distinction facile, morphologique peut-on penser, il n'en est rien : l'ultra-virus de la Clavelée n'atteint que les « petits » et celui du Cow-Pox n'atteint que les « grands ». Lorsqu'un même germe peut atteindre les deux, c'est de façon différente : le bacille de Koch, par exemple, atteint très souvent le bovin, très rarement le caprin et l'ovin. Jusque-là d'ailleurs, toutes ces différences pourraient bien dépendre de quelque « humeur » qui entrera, un jour, dans le domaine de la physiologie pathologique. Mais, il en est de plus subtiles. Voici, par exemple, un Anglo-Arabe et un cheval de gros trait : on ne saurait trouver physiologies plus rapprochées. Tous deux sont atteints d'indigestion intestinale aiguë et voici les deux scénarios obtenus : l'Anglo-Arabe se roule par terre, hennit fortement, projette ses pieds contre le mur de son box, il se relève, se jette au sol, ses naseaux sont énormément dilatés, son œil saillant, sa respiration haletante, bruyante ; le cheval de trait gratte le sol, tape de ses pieds en restant debout ou se couche avec précaution, il se plaint doucement en regardant son flanc, sa respiration est accélérée, ses naseaux à peine dilatés. Ici la différence commence à demander l'intervention d'une notion comme celle de « tempérament », c'est-à-dire d'une notion subjective. Que dire alors de la gent canine ? un chien Pékinois hurle à la mort lorsque l'on prend sa température, un chien Berger allemand peut recevoir plusieurs points de suture cutanée sans émettre un seul cri de douleur. Devons-nous aller jusqu'à lui prêter un caractère ?

On a souvent tendance à croire qu'il nous suffit de posséder quelques mécanismes physiologiques ou biologiques pour pouvoir connaître toutes les manifestations de la maladie chez les animaux. Notre pathologie n'est pas une parente de l'horlogerie, chaque animal est individu sur le plan physiologique, mais il l'est peut-être aussi sur un plan beaucoup plus près du plan spirituel. Et ceci nous conduit à le situer par rapport à l'homme. Citons tout d'abord, pour cela, le lieu commun qui nous est sans cesse répété : les animaux ne parlent pas. Il semble que ce fait nous interdise de pénétrer dans un domaine, appartenant à l'animal, qui soit autre qu'objectif. Pourtant, des sensations aussi subjectives que la sensation de malaise peuvent être perçues chez l'animal, non par le Vétérinaire toujours, mais certainement par le propriétaire qui vit tout près de cet animal. Il suffit, en effet, que quelque chose de matériel

traduise l'état pathologique, aussi subtil que soit ce quelque chose, il peut être connu. C'est peut-être par anthropomorphisme, c'est peut-être en transposant des images humaines sur l'animal, mais un comportement correspondant à des états aussi subjectifs que celui de malaise peuvent être perçus. Et ceci est vrai au point que des maladies aussi grandes en importance que la Rage ont pour base de leur diagnostic des variations du comportement : l'agressivité est le symptôme fondamental de l'état rabique. Nous verrons, d'ailleurs, que l'animal peut être soumis à un interrogatoire clinique. La seule différence qui existe entre l'homme malade et l'animal malade réside dans la volonté. Or cette volonté peut, sans doute, modifier les manifestations de la maladie mais non les créer. Elle peut augmenter ou diminuer l'intensité d'un symptôme, mais peut-on supposer qu'elle le fasse naître ?

Après cela il nous semble entendre le mot de fatuité prêt à être lancé à l'encontre de cette image du Vétérinaire qui étudierait le comportement d'une volaille ou qui brancherait un électrocardiographe sur un bovin qui n'a pas tout à fait mangé sa ration. En vérité, ce n'est pas là l'habitus d'un Vétérinaire, mais voici qui va nous faire entendre. Mise à part la pathologie canine, qui est tout à fait parallèle à la pathologie humaine, le but du Vétérinaire n'est pas du tout le même que celui du Médecin. Celui-ci est un philantrope, confident de son patient, celui-là est un économiste. Nous pouvons et nous devons, quelquefois, nous attarder sur la souffrance de notre sujet ou sur tout ce qui peut être inhérent à sa personnalité, mais il ne faut pas pour cela que nous perdions de vue son côté « mobilier ».

Au terme de ce chapitre, nous croyons avoir montré qu'il n'était pas vain de dire sybilline notre définition : le terrain de la pathologie vétérinaire, ce sont les animaux malades. Nous savons maintenant que les animaux qui sont en face de nous ne sont pas des mécanismes physio-pathologiques, mais des individus avec chacun un comportement spécial qui est proprement subjectif. En eux, dans ce que nous appelons « notre terrain », ne nous sont pas offerts des faits qui se déduiraient logiquement d'une définition première de la maladie et de la vie. Nous y trouverons la manifestation de ces deux entités, nous y trouverons de quoi les connaître le plus analytiquement possible en restant toutefois sur un plan intermédiaire entre le symptôme et la cause première. Les mots « animaux malades » représentent donc pour nous un agrégat de caractères à la fois objectifs et subjectifs impénétrables par la raison pure, intraduisibles par une définition.

CHAPITRE II

Instruments du diagnostic

Au lieu de recevoir les idées des choses pures nous les teignons de nos qualités et imprégnons de notre être composé toutes les choses simples que nous contemplons.

PASCAL (*Pensées.*)

Nous sommes donc maintenant en présence de notre objet, plus suggéré certes que défini. Cet objet, nous voulons le connaître, et le temps où se déterminera notre savoir est le diagnostic. Il importe, dès maintenant, de préciser le sens que nous prêterons au mot *diagnostic*. Le diagnostic est la partie de la pathologie dont l'objet est d'identifier la maladie. Cette définition peut, sans doute, être développée, mais nous l'avons choisie assez générale pour pouvoir toujours l'appliquer à ce mot que nous allons désormais utiliser dans nos phrases et dans nos discussions. Et puisque « *rien n'éloigne plus promptement et plus puissamment les surprises captieuses des sophistes...* » nous définirons aussi le mot *symptôme* avant de l'employer. Le symptôme est un phénomène biologique accidentel, propre à révéler l'existence, le siège et la nature d'une affection morbide.

Il semble, d'après ces deux définitions, que dans un chapitre intitulé : *Instruments du diagnostic*, on doive faire une étude des symptômes. En réalité, le symptôme est une part du diagnostic, il est un morceau du puzzle qui, assemblé à d'autres, formera une image qui est le diagnostic dans sa conclusion. Ce que nous entendons, par *instruments du diagnostic*, ce sont les outils qui nous permettent d'aborder et de posséder les symptômes. Ces symptômes seront les motifs du tableau diagnostique et pour les placer sur ce tableau nous avons besoin d'autres mécanismes-outils du diagnostic, ce sont ceux que nous étudierons sous la rubrique : *Méthodes du diagnostic*. La distinction peut paraître superficielle, il nous faut la justifier. Les *instruments du diagnostic* sont des outils psychologiques considérés comme donnés : ils amènent le symptôme jusqu'à la conscience ou bien ce sont des images contenues dans cette conscience. Ils nous fournissent des perceptions : ils essaient de recueillir le plus grand nombre de symptômes possibles, le mieux possible. Les *méthodes du diagnostic* sont des outils logi-

ques, des procédés discursifs, des méthodes de connaissance. Ils doivent nous conduire à la certitude diagnostique.

Nous allons donc étudier, en premier lieu, les appareils de toute connaissance extérieure à nous : les sens. Puis nous verrons quels sont les appareils qui aident les sens dans leur recherche. Nous montrerons comment certains symptômes peuvent être révélés par un interrogatoire de l'animal lui-même ou de son propriétaire. Et nous présenterons, enfin, une donnée du diagnostic acquise par l'étude : les cours.

LES SENS.

Ce sont les instruments les plus courants et les plus pratiques du diagnostic. Mais il faut distinguer parmi eux. Le goût n'est jamais utilisé. L'odorat, par contre, n'est pas inutile : on cite, par exemple, l'odeur de beurre rance du veau à Strongylose, l'odeur d'acétone de l'étable où se trouve une vache à Acétonémie, l'odeur ammoniacale de l'haleine du carnivore atteint d'Urémie. C'est pourtant un outil peu sûr. L'odorat est un sens qui nous permet seulement des associations de perceptions et ses données sont toujours définies par l'analogie. Or, il faut bien reconnaître, par exemple, que lorsque M. Hedon définit, dans son *Manuel de Physiologie*, l'odeur du sperme par l'odeur analogue du pollen d'épine-vinette, nous n'avons guère progressé. Pourtant, l'odeur urineuse de l'haleine d'un chien sert au diagnostic de l'urémie comme un symptôme pathognomonique. On peut la différencier d'une odeur de fermentations ou de carie dentaire, d'une odeur hépatique ou d'une odeur cadavérique propre à la Leptospirose. L'odorat nous fournit, en fait, des renseignements qui peuvent être précieux pour un praticien qui les connaît par expérience, mais qui ne supportent pas la définition permettant de les apprécier autrement que par la subjectivité.

L'ouïe est un sens encore près de l'odorat. Les sons, pourtant, ont pu être soumis à la matérialisation, à la définition. La physique peut les traduire en longueur d'ondes. La musique écrit leur durée, leur timbre. On a pu dire, par exemple, que les bruits normaux du cœur sont comme une « *ronde* » et une « *noire* » se succédant sur un rythme à deux temps. Notre larynx est, d'ailleurs, l'instrument qui matérialise à souhait les bruits et, de ce fait, ces bruits peuvent même être écrits. Le bruit perçu à l'auscultation dans le cas de rétrécissement mitral s'exprime ainsi : *rrou-foutt-tata*. Qu'il soit prononcé ou écrit, sous la forme *rrou-foutt-tata*, le bruit est parfaitement objectif, il peut être perçu par tout individu qui possède le sens de l'ouïe, il est défini. Malheureusement, tous les sons à percevoir au moment du diagnostic sont loin d'être ainsi déterminés. La sémiologie se sert, pour nous présenter les sons, d'images éducatives. Ces images n'essaient pas de nous matérialiser le bruit, elles veulent le suggérer par analogie avec une perception supposée antérieure et commune. On obtient ainsi des bruits de *pôt fêlé*, des respirations *pompantes*, des sons de *mâtité*. L'image essaie d'être objective en devenant précise, ainsi *pôt fêlé* est mieux déterminé que *pompante*. Jamais, pour-

tant, un novice ne pourra poser son oreille sur une poitrine en prétendant percevoir de tels bruits s'il ne connaît que les mots qui les qualifient. Donc, l'ouïe est un instrument du diagnostic qui, *a priori*, ignore son but le plus souvent. Lorsqu'il sait ce qu'il doit rechercher, il le perçoit d'ailleurs sûrement. L'ouïe est un sens dont les erreurs de perception sont peu fréquentes. On ne cite comme illusion d'acoustique commune que le fait de percevoir comme éloigné un son qui n'est qu'affaibli. L'ouïe est un sens dont les erreurs diagnostiques sont beaucoup plus imputables à un défaut d'éducation qu'à un défaut de perception. Ses faiblesses proviennent de la subjectivité que contiennent les renseignements qu'il recherche.

La vue et le toucher sont des sens beaucoup plus objectifs. La vue en particulier. Certes, les concepts de mouvement ou d'espace peuvent être discutés sur un plan philosophique, mais nous nous occupons, ici, de l'acte que la sémiologie dénomme : *Inspection*. C'est le praticien usant de ses yeux, qui nous intéresse. L'objet de l'inspection est toujours parfaitement défini, c'est une longueur ou un mouvement à percevoir, les mots du cours nous les présentent exactement. Mais nous pouvons nous demander quelle est la valeur de la connaissance visuelle. Il ne faudrait pas croire, en effet, que la perception visuelle naît physiquement, par un procédé optique, d'impressions sur la rétine. Il est certain que des sensations non-rétiniennes, qui ont pour origine les muscles de l'œil ou des paupières, s'ajoutent aux sensations purement rétiniennes. Il n'est pas jusqu'à certaines positions de la tête qui influent sur cette perception. Et si nous nous plaçons de 3/4 en avant ou de 3/4 en arrière pour saisir les mouvements du flanc et de la poitrine d'un cheval, ce n'est pas par fantaisie. La perception d'une forme dépend étroitement de la place de sa figure dans le champ visuel et même de la direction verticale ou horizontale de ses lignes. L'image d'un mouvement perçu mobile sur la rétine permet à l'œil de saisir des vitesses dix fois plus grandes que si cette image est fixe sur la rétine. Cela ne suffit-il pas à expliquer des divergences de perception ? Que dire alors de ce que l'on a appelé les *illusions d'optique* ? Un objet blanc sur un fond noir paraît plus grand que le même objet vu en noir sur fond blanc, on surestime les petits angles, un espace divisé paraît plus grand que le même non divisé... Et tout cela se rencontre dans la pratique, un cheval dont on regarde les couronnes ou les pâturons peut avoir l'un de ceux-ci clair et l'autre foncé : l'erreur nous attend. D'ailleurs, dans la perception des couleurs, la vue est semblable à l'ouïe, à cela près que la couleur est mieux déterminée que le bruit. Elle est définie par des mots plus précis, plus matériels, et, de ce fait, plus objectifs que les bruits. Personne n'hésitera à reconnaître une couleur jaune safran, ou capucine, ou porcelaine. La vue est donc un sens qui a un objet de recherche parfaitement défini et objectif, mais c'est un instrument qui n'est pas fidèle.

Quant au toucher, il faut d'abord remarquer que, bien souvent, il recherche une réponse de l'animal. C'est le but de la palpation, de la percussion et de la pression qui veulent décou-

vrir un point de douleur. Nous n'observerons, ici, que le toucher qui n'engage en rien la personnalité de l'animal. Notons, tout d'abord, que le toucher est un sens parfaitement analytique. Il semble qu'il doive fournir une connaissance parfaite puisqu'il se pose sur l'objet en faisant corps avec lui. Cela est vérifié lorsque nos mains parcourent un membre pour en percevoir la forme dans ses détails, ou une tumeur pour en percevoir la consistance. Mais le toucher d'un Vétérinaire ne doit pas percevoir seulement le rond et le carré, le dur et le mou. Il doit percevoir un pouls « serré » ou « filiforme », ou bien le « thrill » d'une artère. Nous sommes à nouveau dans un domaine qui échappe à la sensation simple. La complexité de ces perceptions est telle qu'aucun mot objectif ne peut les traduire. Ce sont des images synthétiques qui nous les présentent, ce sont des *impressions* qui nous les feront connaître Notre subjectivité doit à nouveau intervenir. D'ailleurs, le toucher nous permet aussi de percevoir les sensations de chaud ou de froid. Or, ne parle-t-on pas couramment de « résistance » au chaud ou au froid, tel objet en bois nous paraît plus chaud qu'un autre en fer à la même température ; si on touche un objet à 15°, après avoir touché un objet à 0°, il nous paraîtra plus chaud que si on le touche après un objet à 50°. C'est donc toute la conscience d'un individu qui perçoit la sensation thermique et cette sensation donne une perception qui ne peut être que subjective.

Nous voyons donc que nos sens ne nous fournissent qu'une connaissance diagnostique subjective. Ce sont des instruments qui, s'adressant à des phénomènes complexes, ne peuvent nous donner de ces phénomènes qu'une perception qui est personnelle à chacun de nous. Ils ne nous fournissent pas une connaissance *scientifique*, soumise à des règles rationnelles, mais ils permettent un contact intime entre deux sujets : l'observateur et l'observé.

L'OBSERVATION ARMEE..

L'expression qui sert de titre à ce paragraphe est extraite de l'*Introduction à la Médecine expérimentale*. Cl. Bernard définit cette observation par le fait que, dans ce cas, l'observateur utilise des appareils qu'il classe ainsi :

1° Ceux qui augmentent la portée de nos sens ou nous révèlent des phénomènes qui ne tombent pas directement sous nos sens.
2° Des appareils enregistreurs.
3° Des appareils qui mesurent ou repèrent.
4° Des appareils qui mesurent ou enregistrent.

Cl. Bernard dit (*ibidem*) que « l'homme ne peut observer les phénomènes qui l'entourent que dans des limites très restreintes ; le plus grand nombre échappe naturellement à nos sens ». Et, de fait, c'est une critique de plus à faire à ceux-ci. Ce qu'un œil perçoit comme de la lumière blanche est, en réalité, une lumière polychromatique, les phénomènes d'une brillance inférieure à $5\text{-}10^{11}$ bougies/cm^2 ne sont pas perçus, au-

dessous de 20.000 périodes les sons sont inaudibles pour l'homme, le magnétisme n'est perçu par aucun sens. Il semble donc nécessaire de faire usage d'appareils pour obtenir une observation que Cl. Bernard veut *complète, exacte, impartiale*.

La première catégorie d'instruments est faite pour rendre notre observation complète. Parmi ceux-ci, quels sont ceux qu'utilise, aujourd'hui, un Vétérinaire praticien ? La loupe, le microscope, l'ophtalmoscope et le stéthoscope d'une part, les analyses d'urine et de sang qui peuvent être permises avec un rudiment de laboratoire, d'autre part. Ces instruments ont pour caractéristiques : d'être peu nombreux, d'être tous de la catégorie de ceux qui augmentent la portée de nos sens. Est-ce que, alors, notre observation pourra être complète avec un nombre d'appareils aussi restreint ? Voici notre réponse. Pour ausculter un cœur, Laënnec possédait un stéthoscope fait d'un cornet acoustique en bois. Par la suite, furent construits des stéthoscopes plus perfectionnés, comme celui de Potin ou celui de Springler. D'un autre côté, apparut le phonendoscope de Basi-Bianki. Aujourd'hui, nous possédons de plus un détecteur de corps étrangers, basé sur les principes de la radar, qui permet de déceler acoustiquement la présence d'un corps étranger métallique dans un organisme vivant. Imaginons notre praticien en face d'un bovin, espèce chez laquelle la péricardite par corps étranger est spécialement fréquente. Si ce praticien ausculte aves stéthoscope, phonendoscope et appareil détecteur, nous pourrons dire que son observation est plus complète que celle qu'aurait pu faire Laënnec par exemple. Mais, quelle est celle de ces deux observations qui peut être qualifiée de *complète* ? On ne peut répondre, évidemment. Donc, le qualificatif *complet*, attribué à une observation, est purement verbal ou prétentieux, il dépend de chaque observateur et de chaque observé. Ce qu'il faut rechercher, c'est une observation qui soit *la plus complète* et là les appareils auront leur rôle. Mais ce rôle, qui s'exprime par une analyse de plus en plus poussée, est limité tout d'abord, pour nous Vétérinaires, par un facteur économique jamais absent de nos recherches et ensuite par la dispersion des résultats analytiques, facteurs que nous retrouverons plus loin.

Parmi les seconde, troisième et quatrième catégories d'instruments que réclame Cl. Bernard, il ne figure qu'un seul représentant dans la poche du Vétérinaire praticien. C'est le thermomètre. Les analyses de sang et d'urine fournissent bien aussi quelques chiffres précieux. Et, bien souvent, un modeste bout de ficelle ou quelque autre instrument découvert dans la cour d'une ferme sont utilisés, non pas d'ailleurs pour obtenir un chiffre, mais surtout pour comparer deux longueurs. Ici, il semble y avoir vraiment pénurie d'instruments. D'autant plus que les chiffres que fournit le thermomètre sont seulement des repères, ils ne peuvent être soumis à des manipulations mathématiques, ils ne sont que des évaluations. Comment, alors, notre observation pourra-t-elle être *impartiale et exacte* ?

« ...Le seul critérium réel, dit Cl. Bernard, est la raison... » Or, la mathématique étant l'instrument raisonnable par excel-

lence, c'est à elle que se confie Cl. Bernard. C'est pour se soumettre à elle qu'il mesure et enregistre. Or, rien ne prouve, *a priori*, que ce soit sous la forme de mathématique que la raison doive s'appliquer à la biologie. Au stade expérimental où nous sommes, les appareils enregistreurs, que l'on a fixés sur des êtres vivants, nous ont donné des figures telles qu'un électrocardiogramme, qui ne sont, en aucune façon, soumises aux lois mathématiques. Dans le cas de l'électrocardiogramme l'enregistrement rend tangible un fait qui échappe à nos sens et fait notre observation plus complète (troubles du faisceau de His, par exemple). Mais, si l'on voulait traduire, de façon purement rationnelle et mathématique, les variations de l'onde Q ou de l'onde T d'un électrocardiogramme, il faudrait découvrir une formule qui contienne tous les phénomènes complexes et souvent abhérents que traduisent ces ondes. Il faudrait, en somme, que cette formule ait un coefficient qui traduise le mot « vie » et celui-là n'est pas près d'être découvert. C'est ainsi que la sémiologie décrit le rythme respiratoire, dit de Cheyne-Stokes, en disant que c'est une série de respirations de plus en plus amples, fréquentes et bruyantes, suivie d'une série de respirations de moins en moins amples, de moins en moins fréquentes, de plus en plus silencieuses jusqu'à un stade de repos. Puis, le rythme reprend. Ce mouvement peut s'inscrire, à l'aide d'un appareil enregistreur, dit pneumographe, en une figure faite d'une série de dents de scie formant une courbe en cloche ascendante au début de son tracé, et descendante ensuite jusqu'à marquer un tiret qui traduit le temps de repos. Est-ce que le pneumogramme est plus exact que la description littérale ? Est-ce que celui qui a obtenu un pneumogramme peut dire qu'il possède mieux le rythme de Cheyne-Stokes que celui qui le connaît par l'observation clinique ? Il peut dire qu'il le possède plus objectivement, qu'il est plus près d'une connaissance rationnelle, logique. Mais il sera obligé, par exemple, de remarquer que la courbe ignore le bruit de la respiration qui fait pourtant partie de la connaissance clinique.

Le rôle premier de nos appareils est donc de rendre notre observation impartiale. Sans toutefois la rendre parfaitement objective. Lorsque, en effet, on connaît un phénomène de la vie par l'observation simple, on doit penser qu'un coefficient personnel peut modifier le fait, mais lorsqu'on observe une courbe, ce coefficient d'interprétation demeure. Même en face d'un chiffre, il ne peut être annulé, car dans la traduction du fait vivant en fait rationnel les deux langages sont vraiment différents. Concluons donc en disant que l'observation armée est plus complète, plus exacte et plus impartiale que l'observation directe, mais elle n'est pas complète, impartiale et exacte.

L'INTERROGATOIRE DE L'ANIMAL.

La médecine humaine utilise un instrument qui manque à la médecine vétérinaire. C'est la question verbale posée au patient, à laquelle lui-même répond par la parole. Il est certain que les commémoratifs, les circonstances de la maladie, sont

connus directement par le malade humain. De même la localisation d'une affection peut être aidée par les renseignements du malade qui perçoit lui-même, par introspection, le point douloureux. Des renseignements très subtils, comme la sensation de malaise, peuvent être fournis par le langage. Peut-on les considérer comme sûrs ? On a dit que le facteur imagination pouvait considérablement fausser les réponses du malade. Par là, la médecine vétérinaire serait, à cause du mutisme de ses malades, beaucoup plus objective dans ses symptômes.

En réalité, les animaux sont soumis à un interrogatoire par le Vétérinaire. Mais celui-ci s'adresse à leur instinct ou à leurs réflexes. Les réponses, que nous obtenons, peuvent ainsi être fournies par un mécanisme physiologique pur, mais nous savons que l'individualité de l'animal peut aussi intervenir pour les provoquer. Voici, par exemple, un réflexe physiologique pur : le réflexe otocardiaque du cheval. Il consiste à pincer la base de l'oreille droite d'un cheval pendant une minute, ce qui provoque une variation du rythme cardiaque. Si le nombre de pulsations cardiaques diminue de 9 à 12, le cheval est vagotonique ; s'il augmente de plus de 8, on a un sympaticotonique. La réponse, ici, est purement objective, et les insuffisances de la méthode — car il y en a — sont expliquées par des arguments physiologiques. Mais, voici un autre genre de réponse : le réflexe oto-podal du chien. On frictionne l'auricule d'un chien et, s'il y a prurit, le membre postérieur du même côté exécute un mouvement de grattage, Ce réflexe n'a pas des réponses infaillibles et l'on voit des chiens atteints de Gale sarcoptique, donc à prurit certain, qui ne présentent pas de mouvement de grattage dans les conditions précédentes. Or, le prurit est provoqué par le frottement du « bouton » de gale. Dans les cas de défaillances, on peut donc penser soit qu'il n'y a pas de bouton au niveau de l'auricule, soit qu'ils sont trop peu nombreux. Mais ce ne sont là que des hypothèses. Comment relier le nombre de boutons de gale, ou même le nombre de sarcoptes, à l'envie de se gratter ? On pressent bien une explication objective, mais on ne peut assurer que le tempérament du chien n'intervient pas. L'objectivité de la réponse n'est plus sûre.

Il est, enfin, des questions qui s'adressent à autre chose qu'à un mécanisme physiologique. C'est le cas de celles que posent la palpation, la percussion ou la pression qui cherchent un point de douleur permettant de localiser une affection. Il ne saurait y avoir manifestation plus subjective que celle qui traduit la douleur. Et nous pourrions même nous demander si cette sensation est vraiment perçue par l'animal. La question n'est pas superflue car la douleur n'est pas inhérente à la vie. Jamais on a prétendu sagement qu'une plante souffrait et même, dans le monde animal, il semble que les êtres ne sont capables de percevoir une telle sensation qu'à partir d'un certain degré d'organisation. On refend une méduse sans déceler, dans ses attitudes ou dans les mouvements de son corps, une traduction de la douleur. Et combien de gens pensent qu'une grenouille, dont le sciatique reçoit une décharge électrique, perçoit une sensation douloureuse ? Pourtant, il paraît paradoxal

de nier et peut-être même de discuter la perception de la souffrance chez un animal domestique. Essayons d'être objectifs. Il est des moments où les animaux sont dans des attitudes tout à fait comparables à des attitudes humaines traduisant la douleur. Ces attitudes nous sont connues comme telles, chez les humains, par l'expérience. Or, ces attitudes se produisent dans des conditions où un homme percevrait une sensation de douleur. De plus, la cause reconnue douloureuse chez l'homme reproduit l'attitude souffrante chez l'animal selon des lois identiques dans les deux groupes. Concluons donc, avec Bergson : « Tout ce qui s'offre aux sens ou à la conscience, tout ce qui est objet de l'expérience doit être tenu pour réel tant qu'il n'est pas montré que ce n'était qu'apparence. » (*Evolution créatrice.*)

Il y a bien un mécanisme physiologique de la douleur, il y a bien des « points » de douleur et des faisceaux nerveux sensitifs, mais la souffrance est tout de même un sentiment purement subjectif chez l'homme. En est-il de même chez l'animal ? On doit répondre positivement. Tout Vétérinaire sait qu'un bovin exprime la douleur d'une façon beaucoup moins spectaculaire qu'un cheval, il semble qu'il souffre moins. Qu'un chien ou un chat cherche à vous mordre quand vous lui faites mal, alors qu'un mouton essaie à peine de se dégager. Une même lésion d'ostéite phalangienne fait qu'un cheval lymphatique a l' « épaule froide ou chevillée », alors qu'un cheval nerveux « marche sur des épines » ou « boîte à 3 pieds ». Et il ne faudrait pas croire que ces distinctions permettent des finesses de diagnostic. Elles sont indispensables. Il est nécessaire de pouvoir prévoir les réactions à la douleur d'un cheval, donné pour faire, par exemple, une exploration clinique de son pied. Si, muni d'un brochoir et non averti, on percute la paroi du sabot, le cheval va avoir un mouvement de retrait qui ne sera pas signe de douleur mais signe de surprise. Pour éviter cette erreur, le praticien percute d'abord le pinçon du fer, puis les rivets, puis la paroi cornée et, ce faisant, on recherche une réaction qui est prévue violente ou faible par exemple. Plus lumineux encore sont les exemples de la médecine canine. Avec une même hépatite aiguë, un chien dont on palpe le foie étend sa tête sur son encolure et a le regard anxieux, un autre hurle et cherche à mordre. La réponse à la douleur est donc purement subjective. Elle est pourtant d'une grande valeur diagnostique puisqu'elle permet de localiser une affection et de qualifier d'aiguë cette affection.

L'INTERROGATOIRE DU PROPRIETAIRE.

Il est, pourtant, des renseignements que ne peuvent nous fournir nos patients. Ce sont, en particulier, les circonstances de la maladie, les commémoratifs. Nous nous adressons alors aux propriétaires de nos animaux pour les connaître. Pour présenter cet interrogatoire, il faudrait écrire un chapitre de psychologie.

Le propriétaire a pour qualités d'être plus près de l'animal

que le Vétérinaire, de pouvoir l'observer plus longtemps et plus intimement. Mais il n'a pas que des qualités. Ses défauts les plus courants sont : sa prétention de « s'y connaître » et l'instinct de lucre qui le lie à l'animal. La prétendue science du propriétaire a pour conséquence de nous fournir des renseignements infiniment précis, mais inutiles, et de nous laisser ignorer l'essentiel qui lui a paru secondaire. Elle conduit à une mauvaise interprétation des faits ou à une mauvaise expression des observations. Et tout ceci n'est vrai que pour un propriétaire sincère, mais il est des propriétaires menteurs. La cause de leurs mensonges est, le plus souvent, l'intérêt. C'est ainsi que, pour des raisons monétaires, un propriétaire peut souhaiter que son animal soit malade, qu'il ait plutôt telle maladie, qu'elle soit apparue à telle époque, dans telles conditions, etc. Et c'est pour cela qu'il s'appliquera soigneusement à nous tromper si cela doit nous suggérer le diagnostic qui l'intéresse. Donc, le Vétérinaire qui interroge le propriétaire d'un animal doit, avant, pendant ou après son interrogatoire, faire une véritable analyse psychologique de son client pour pouvoir obtenir quelques renseignements sûrs. Le Vétérinaire doit, par ailleurs, être assez objectif pour ne pas suggestionner son interlocuteur. Il ne doit pas faire prononcer à celui-ci les mots qui satisferaient une hypothèse sur le diagnostic. Cette interrogation est donc particulièrement délicate, elle demande beaucoup de tact et une valeur proprement humaine.

LES COURS.

Il semble prétentieux de discuter, ici, la valeur des cours qui nous ont été enseignés pendant quatre années. Pourtant, ils font, à coup sûr, partie de ces outils du diagnostic que nous présentons. Il semble, d'ailleurs, que leur rôle puisse être discuté sur le plan national puisque la loi autorise certains citoyens à pratiquer la médecine vétérinaire, donc à user du diagnostic, sans ne jamais avoir reçu aucun enseignement. Nous n'avons jamais, malgré cela, considéré comme vaines et inutiles les heures passées dans l'étude théorique.

On peut dire que tous les cours qui sont distribués dans nos Ecoles participent au diagnostic. Tous se lient pour nous fournir une somme de connaissances et une « tournure d'esprit » qui composent notre potentiel. Mais, pourtant, ceux qui contiennent nos diagnostics sont surtout les cours de Propédeutique, Sémiologie et Pathologie. Le cours de Sémiologie nous fait connaître les symptômes et nous apprend à les utiliser. Il contient, d'une part, des définitions qui nous fournissent une terminologie, un langage spécial et, d'autre part, des essais d'explications physiologiques sur la génèse des symptômes. A côté de chaque symptôme sont classées les maladies, les affections, auxquelles il doit nous faire penser et dont il fait partie. Le cours de Sémiologie est donc à la fois un dictionnaire et un catalogue. En tant que dictionnaire, il donne une image des signes que notre observation devra saisir. Ces clichés nous donnent une perception théorique et subjective des symp-

tômes. En face de chaque symptôme une série de diagnostics est offerte, parmi lesquels notre raisonnement devra choisir.

Le cours de Propédeutique sert de mode d'emploi au cours de Sémiologie. Il fait la transition entre la pratique et la théorie. Avec lui nous apprenons des méthodes usuelles pour pouvoir observer le plus grand nombre de symptômes dans les meilleures conditions.

Les cours de Pathologie sont compartimentés en différentes chaires. Ils nous indiquent l'aire géographique de la maladie, renseignement né de l'observation et sûr. Les espèces qu'atteint la maladie, renseignements nés de l'expérience de laboratoire ou de l'observation qui sont sûrs eux aussi. Ce sont là de vrais principes qui permettront la déduction logique et sûre au moment du diagnostic. La fréquence de la maladie est donnée par une étude statistique, elle n'a qu'une valeur relative. Un chapitre est consacré à l'Etiologie. Il veut nous montrer les causes morbides. L'étiologie étudie ces causes avec la physiologie, l'anatomie ou la microbiologie ; la chirurgie utilise la physique quelquefois, la parasitologie use de la zoologie.

Cette étiologie ne remonte pas jusqu'à l'essence de la maladie, elle cite les causes pour nous permettre de les retrouver dans les commémoratifs au moment du diagnostic ou pour expliquer une autre partie de l'étude de la maladie. Elle est souvent encombrée de théories mais quelquefois une cause unique est reconnue avec son mécanisme pathogénique spécial. La connaissance de l'étiologie d'une maladie peut alors nous permettre d'obtenir le diagnostic par une autre voie que celle des symptômes.

Le chapitre : « Symptômes », du cours, est le plus souvent distinct de l'étiologie. La Parasitologie seule déduit souvent les symptômes à partir des causes, la Chirurgie et la Médecine y parviennent rarement. Le plus souvent, à ce chapitre, nous est offert un tableau clinique brossé d'après une observation qui essaie d'être objective. C'est donc une expérience clinique classée et raisonnée. Cela nous donne un signalement de la maladie mais ne nous la présente pas. A partir de ces faits cliniques, traduits par des mots, une image synthétique peut naître, offerte au moment des premiers diagnostics.

L'avantage des cours, c'est donc de nous donner une expérience verbale et raisonnée des symptômes et de la maladie. Cette expérience est objective, elle précède une expérience personnelle en nous fournissant les moyens de raisonner notre propre expérience qui est subjective.

CHAPITRE III

Méthodes du diagnostic

Ce sont des choses tellement délicates et si nombreuses, qu'il faut un sens bien délicat et bien net pour les sentir, et juger droit et juste selon ce sentiment, sans pouvoir le plus souvent les démontrer par ordre comme en géométrie, parce qu'on n'en possède pas ainsi les principes.

PASCAL (*Pensées.*)

Nous connaissons maintenant la valeur de nos outils. Avec eux nous obtiendrons les motifs de notre tableau-diagnostic. Mais il nous faut connaître le mode d'utilisation de ces motifs pour obtenir l'image révélatrice. Nous allons présenter d'abord, des méthodes par lesquelles on parvient à la connaissance diagnostique sans avoir conscience d'un raisonnement. Ce seront : la méthode dite associationniste et la méthode intuitive. Nous exposerons ensuite les méthodes discursives de diagnostic en distinguant celle qui utilise la déduction et celle qui utilise l'induction.

METHODE ASSOCIATIONNISTE.

Il est certain que le premier contact que nous avons avec un objet extérieur à nous, nous donne une vue synthétique de cet objet, Notre attention est fixée sur cette vue d'ensemble, c'est ce que Renan a appelé le *syncrétisme*. C'est l'état d'esprit que possède celui qui se trouve en face d'un objet qu'il veut connaître. Il précède toute analyse et il n'est pas de même nature que la synthèse qui suit cette analyse. C'est un temps de la connaissance qui est dénué de tout raisonnement. On l'appelle communément le « premier coup d'œil ».

Or, ce « premier coup d'œil » peut permettre le diagnostic. C'est ainsi qu'il se peut qu'aucun travail logique ne soit nécessaire pour qualifier de tétanique un cheval. Dès l'abord, aussitôt mis en sa présence, on fait le diagnostic. Quel est donc le mécanisme de cette connaissance ? C'est celui de l'association des idées. L'animal malade, qui est devant nous, est perçu comme une image qui s'associe à une image précédente. Toutes deux sont contenues dans notre conscience : l'une est percep-

tion, l'autre souvenir ; elles se rencontrent et s'identifient par association contiguë. Cette association est une association par analogie. Pour qu'elle puisse se faire, il faut donc qu'il existe une image antécédente pouvant être appelée au moment de la perception.

Ce sont les cours et l'expérience qui nous fournissent ces images antécédentes. Les cours nous fournissent un exposé verbal des symptômes mais de ces syllabes peut naître un cliché-synthèse de la maladie, qui fait partie de nous dès que l'étude l'a assimilé. Ce cliché n'est qu'une stéréotypie, il ne saurait correspondre exactement à l'image particulière que nous percevons au moment du diagnostic, mais il est assez général pour pouvoir être évoqué dans tous les cas spéciaux. Les cours de pathologie nous fournissent ainsi, avant que nous ayons pris contact avec la réalité matérielle, clinique, une série d'images stockées dans notre esprit, prêtes à nous fournir des associations. On peut citer, par exemple : le cheval fourbu, la vache à fièvre vitulaire, le chien à rupture de la corde fémoro-métatarsienne, etc. Mais, on doit alors se demander si chaque chapitre d'un cours nous fournit ainsi un cliché-diagnostic. En réalité, le nombre en est limité. Certaines maladies sont trop polymorphes pour permettre une synthèse, c'est le cas, par exemple, de la Tuberculose ou du Cancer. D'autres, au contraire, sont trop peu caractérisées, c'est le cas, par exemple, des Maladies Aviaires. Et enfin on ne peut obtenir l'un de ces clichés qu'à partir d'affections donnant des symptômes perceptibles par l'inspection, à distance, sans aucune analyse.

En plus des cours ou à côté d'eux, l'expérience pratique fournit à chacun de nous une série de clichés qui lui appartiennent en propre. Ils se forment, le plus souvent, par l'observation raisonnée, mais ils peuvent aussi être recueillis par observation passive. Les faits, qui les composent, sont tangibles, mais l'image, qui les représente, est subjective par essence. Chacun de nous a ses clichés personnels, soit que les observations aient eu des objets différents, soit que, à propos d'un même objet, les images recueillies aient été différentes.

Qu'elle ait pour base les cours ou l'expérience personnelle, cette méthode de connaissance est une méthode empirique. C'est, d'ailleurs, celle qu'utilisent les gens qui, sans avoir étudié la pathologie, font des diagnostics. On dit deux qu'ils « rencontrent » les animaux et il semble que leur connaissance soit purement intuitive. En réalité, le mécanisme de l'association paraît mû par l'intuition dans la mesure où l'analogie avec le souvenir est ignorée, mais aucune force créatrice ou divinatrice n'intervient. Le diagnostic n'est que la matérialisation d'un potentiel acquis.

Des erreurs, alors, pourront naître à partir de ce potentiel dont il faudra être sûr. Si l'image souvenir est fournie par les cours, sa valeur est assurée, de même si elle est née d'une expérience raisonnée. Mais, si l'image souvenir n'a pas une essence rationnelle, elle peut conduire à l'erreur. C'est ce qui se passe chez les « empiriques ». D'autres erreurs peuvent se loger dans le mécanisme de l'association lui-même. Ce mécanisme, en effet,

est inconscient, la solution diagnostique est perçue simultanément avec l'image clinique du problème. Rien ne nous prouve, alors, que notre solution n'est pas fantaisiste ou imaginée. Devant ces faiblesses, nous ne devons considérer le diagnostic proposé que comme une hypothèse et vérifier cette hypothèse avec les faits présents.

C'est donc là une méthode élégante, rapide, mais qui ne nous fournit qu'une solution à vérifier. C'est une méthode qui appartient, en particulier, à chaque praticien, tant par son mécanisme, qui est donné, que par le potentiel qu'elle réclame qui est acquis subjectivement.

METHODE INTUITIVE.

C'est une méthode qui offre le diagnostic sans qu'aucun fait extérieur ne paraisse le suggérer. Alors que, dans la méthode associationniste, l'image-souvenir est perçue en même temps que l'image présente, ici il n'y a pas d'image souvenir. Il y a perception et le diagnostic surgit sans qu'aucun lien ne paraisse lier les deux faits. Il y a, ici, intervention d'une force intérieure divinatrice qui crée le diagnostic de toute pièce. Aucune association ne peut être soupçonnée.

Ce qui provoque le diagnostic ? « c'est la portion fatale de notre organisme moral qui possède une virtualité supérieure à la puissance de l'être isolé, une force absolue qui appartient à la conscience universelle » (Rosny). Bergson a longuement causé de cette *conscience universelle* sous le vocable d'*élan vital*. Le Dantec dit que c'est l'observation *de vivant à vivant*. Ces explications sont, évidemment, métaphysiques, puisqu'elles essaient de traduire un acte subconscient.

En réalité, nous ne pourrons jamais savoir quelle est la part de ce diagnostic par intuition. Pour que cette méthode puisse intervenir dans sa pureté, il faudrait, en effet, que le praticien soit brusquement devenu novice, qu'il agisse comme un esprit neuf qui ignore tout ce qui est autour de lui et ne connaît que ce qui est en lui. Comme jamais nous n'agissons ainsi, l'analyse *a posteriori* trouvera toujours une cause objective à la naissance du diagnostic. Cette analyse ne pourra être sûre qu'il y ait relation entre la cause objective et le diagnostic, mais elle ne saurait affirmer le contraire.

Cette intuition a pourtant sa place dans les méthodes du diagnostic. On peut différencier les deux formes de diagnostics spontanés. Dans le diagnostic par association l'image-souvenir est aussitôt appliquée sur l'image présente, cette image-souvenir devient très vite consciente et son rôle dans la naissance du diagnostic peut se déduire aussitôt. Si le subconscient est intervenu, l'image de l'association doit être recherchée par un raisonnement et jamais ce raisonnement ne peut affirmer que la cause supposée est vraiment à la base du diagnostic.

Il paraît superflu de dire que le diagnostic par intuition doit être vérifié.

METHODES DISCURSIVES.

Ce sont des méthodes de diagnostic qui font intervenir un raisonnement, c'est-à-dire, des mécanismes de connaissance conscients et logiques. Ces mécanismes sont classiquement considérés comme de deux ordres : le procédé déductif et le procédé inductif. Nous allons voir quels sont le fonctionnement et la valeur de ces deux méthodes dans le raisonnement diagnostique.

Méthode Déductive.

On définit la déduction comme le raisonnement qui va des principes à la conséquence, du général au particulier. Dans son mécanisme essentiel la déduction est dite « formelle » : c'est le syllogisme. Mais ce mécanisme peut se libérer de la spéculation pure et devenir un instrument de raisonnement constructif, démonstratif, pratique. Malgré cela, le syllogisme demeure surtout un instrument de la mathématique. Cette discipline possède des lois, nées de la raison, qui ont une très grande portée générale et des déductions, toujours aussi immatérielles, peuvent être tirées à satiété de ces lois. Or, la pathologie est soumise aux faits, elle est avant tout matérielle, vivante. Comment, alors, pourra-t-elle utiliser la déduction ?

Ce sera, tout d'abord, avec l'aide de principes qui n'ont pas la rigueur des lois, mais qui sont suffisamment objectifs pour avoir la valeur de données générales. Ce sont, par exemple, les règles, nées de l'expérience, que contiennent les chapitres de nos cours intitulés : *Epidémiologie, Aire géographique, Espèces affectées.* Si, par exemple, nous sommes en face d'un cheval à jetage sanguinolent, en Afrique du Nord nous pensons à la Morve, dans la Métropole nous malléinons, mais nous ne pensons pas à un résultat positif. Cela, à cause de l'épidémiologie de la Morve. Si une jument avorte, d'un avortement infectieux, en France, nous pourrons penser qu'il y a 20 chances sur 100 pour que cet avortement soit dû à la Salmonellose. Si la donnée que nous utilisons est vérifiée parfaitement et toujours par l'expérience, elle sera une majeure utile. Nous dirons, par exemple : la maladie de Carré, du chien, n'atteint pas le chat ; celui-ci est un chat, donc il n'est pas atteint de la maladie de Carré. C'est de la mathématique. Mais, si la donnée n'est qu'une probabilité, la conclusion ne sera, au maximum, que probable dans la proportion de la majeure.

Nous possédons, aussi, des principes étiologiques, et nous pouvons déduire à partir d'eux. Ce ne sont pas des lois, ce sont des séries de faits qui expliquent, expérimentalement, la génèse d'une maladie. Leur sécurité est d'autant plus grande qu'ils sont mieux connus et l'on peut dire que c'est surtout la parasitologie et la chirurgie qui nous les fournissent. La parasitologie a pour étiologie des chapitres de la zoologie et la chirurgie utilise, parfois, des lois physiques pures. Nous sommes, par exemple, en face d'un cas particulier ainsi stéréotypé : chien, Toulouse, mois de novembre, on a trouvé une tique sur le

chien ; on pense à la Piroplasmose. Voici notre majeure : chien, Sud-Ouest de la France, tique, automne = Piroplasmose et notre cas particulier est la mineure. Mais, en réalité, notre majeure n'est pas vraie sous la forme « tout chien du Sud-Ouest de la France, qui est porteur d'une tique en automne est atteint de piroplasmose ». Le principe de causalité dit bien que pour que les mêmes causes aient les mêmes effets il faut être dans des conditions identiques. Or, nous ne connaissons jamais ces conditions, il faudrait, pour cela, en effet, pouvoir connaître le « terrain » de chaque animal. Pour qu'une telle déduction ait sa place, il faut donc : 1° que les symptômes n'aient pas provoqué un diagnostic spontané ; 2° que nous possédions des commémoratifs ayant trait à une étiologie ; 3° que cette étiologie soit certaine. La conclusion que nous donne une telle méthode n'est jamais sûre, car la majeure n'est jamais sûre. Il faut vérifier les commémoratifs et vérifier la conclusion avec l'aide des symptômes.

Nous rencontrons encore d'autres principes dans la théorie pathologique. Ainsi, par exemple : un symptôme pathognomonique identifie sûrement une maladie. On a déduit de là : la couleur capucine de la muqueuse d'un cheval permet le diagnostic de Typhoïde, l'odeur urineuse de la bouche d'un chien permet le diagnostic d'azotémie. Ceci nous donne le droit, lorsque nous sommes en présence de l'un de ces symptômes, de déduire le diagnostic. Ici, la cause d'erreur réside dans la difficulté d'identification du symptôme et la critique des instruments du diagnostic pourrait être renouvelée à ce propos.

A côté des symptômes pathognomoniques, on peut placer les traitements spécifiques. Le principe s'énonce : un traitement spécifique guérit sûrement une maladie. Ainsi, le « Pentastib » guérit — cliniquement tout au moins — sûrement la Leishmaniose canine. Si alors, après un raisonnement quelconque, nous avons deux solutions offertes pour un diagnostic, si l'une de ces deux solutions représente une maladie ayant un traitement spécifique, la déduction aura sa place. Par exemple, nous avons comme hypothèses : Eczéma sec ou Leishmaniose. Nous entamons le traitement au Pentastib. Si le chien guérit, on déduit : il a la leishmaniose, s'il ne guérit pas, on déduit : il n'a pas la leishmaniose, donc il présente de l'eczéma sec. Ici la déduction paraît sûre. Les traitements spécifiques peuvent être soumis à une expérimentation rigoureuse et leur efficacité est certaine. Malheureusement, les traitements spécifiques comme les symptômes pathognomoniques sont peu nombreux en pathologie vétérinaire.

La déduction est donc une méthode de raisonnement qui demande, pour pouvoir être appliquée sûrement, des prémisses sûres. Or les lois pathologiques sont très peu nombreuses, elles s'expriment beaucoup plus par des paraboles que par des principes rationnels. Ainsi disons nous « le mal est au poumon mais le danger est au cœur » et non : à toute affection pulmonaire correspond une affection cardiaque. Les majeures sûres étant rares, la déduction est un instrument qui, dans sa forme syllogistique pure, est peu employé pour le diagnostic.

MÉTHODE INDUCTIVE.

L'induction est le raisonnement qui va des faits à la loi, du particulier au général. L'induction peut s'élever jusqu'à un principe très général, au-dessus des faits, mais elle peut aussi être une synthèse qui condense et résume les faits. Cette seconde forme d induction est dite formelle ou aristotélicienne. C'est une méthode de diagnostic.

Certains logiciens ont pu dire que toute connaissance était une analyse entre deux synthèses. Et de fait, la première image que nous recueillons en face d'un animal malade est une image synthétique. De cette image, le diagnostic par association peut surgir mais il se peut qu'aucune solution ne se présente.

Si le diagnostic s'offre par association, nous avons vu qu'il ne peut être tenu pour vrai. Pour apprécier la valeur de ce qui n'est alors qu'une hypothèse, on procède à une analyse. Cette analyse possède une idée directrice, elle ne décompose pas l'image synthétique pour obtenir des symptômes au hasard. Elle vérifie point par point, analytiquement, l'existence ou la non-existence des signes de l'hypothèse. Mais alors ces signes sont déduits à partir de l'hypothèse. Dans ce cas, donc, notre raisonnement n'est pas une induction, il part de la synthèse et, par déduction, vérifie analytiquement la valeur de cette synthèse.

Dans le cas où aucun diagnostic ne surgit à première vue, nous faisons une analyse « pour voir », selon l'expression de Cl. Bernard. Nous utilisons pour cela nos instruments du diagnostic et nous entamons l'exploration du malade, guidés par nos cours ou par notre expérience personnelle. La propédeutique est alors utilisée et, grâce à elle, la sémiologie. Nous recueillons ainsi des symptômes qui nous offrent chacun une série de diagnostics. Ces séries de diagnostics étant connues, on obtiendra un diagnostic commun, contenu dans chaque série : ce sera la solution du problème. C'est cette méthode qui est utilisée dans certains hôpitaux américains. On y fait circuler le malade en face de différents spécialistes, jusqu'à un spécialiste qui conclut. Cette méthode contient un danger : c'est la dispersion des résultats. Ce que font les hôpitaux américains c'est l'étude d'une série d'organes ou de fonctions, mais non l'examen d'un malade. Chaque symptôme connu cliniquement est lui-même analysé et fournit une série de symptômes de laboratoire qui ne sont possédés que par le spécialiste qui les recherche. Nous obtenons en dernier ressort une série de symptômes spéciaux qu'un praticien ne peut synthétiser. Nous avons abouti à une division du problème, mais non à une analyse. Il manque aux renseignements dispersés la caractéristique du tout. Leur place dans le tout, leurs rapports entre eux et avec le tout n'étant pas connus, ils sont en dehors d'une possibilité de synthèse. Mais alors, pour que les faits analytiques puissent être synthétisés, il faut que leur synthèse soit connue à priori. Quel est le sens de ce paradoxe ?

Pour qu'une conclusion mérite d'être vraie, il faut qu'elle soit faite d'arguments extérieurs à nous et pour que nous puis-

sions synthétiser ces arguments, il faut qu'ils soient marqués par une idée a priori, par une hypothèse qui est nôtre. Que se passe-t-il alors dans notre raisonnement diagnostique ? Il y a tout d'abord un temps préliminaire où nous ignorons tout de la solution, puis, après une durée d'investigation variable, une hypothèse s'offre à nous. Nous vérifions alors cette hypothèse. Où est la part de l'induction ? Nous procédons par induction jusqu'à la naissance de l'hypothèse, puis nous déduisons à partir de cette hypothèse une série de faits qui doivent être vrais si elle est vraie. Nous vérifions l'exactitude de ces faits. S'ils sont faux ou inexistants, nous induisons à nouveau une autre hypothèse que nous vérifions. « Sentiment, raison, expérience, trois phases d'un mouvement progressif vers la vérité », dit Cl. Bernard. « Sentiment », c'est l'hypothèse ; « raison », ce sont les faits déduits d'elle et l'envie de la vérifier ; « expérience », c'est la vérification.

Souvent, pourtant, l'hypothèse n'est pas explicitement formulée, elle demeure dans un domaine plus près de l'affectif que de l'intelligent. Ce que nous appelions alors déduction à partir de cette hypothèse, devient induction puisque l'on suit les symptômes pour arriver au diagnostic. Les deux méthodes ne sont donc pas strictement dissociées. C'est dans la mesure où l'idée a priori est détachée du « sentiment » que la déduction prend le pied sur l'induction. D'autre part, l'hypothèse n'est pas méthodiquement induite, elle surgit pendant l'observation analytique. D'ailleurs, Bergson dit bien : « Les raisons par lesquelles nous justifions (les idées auxquelles nous tenons le plus) sont rarement celles qui nous ont déterminé à les adopter ». Et nous pouvons alors nous demander quelle est la part de logique qui demeure dans notre raisonnement.

Notre observation analytique est objective, mais avec un coefficient personnel, notre hypothèse est subjective et notre vérification veut être objective, mais demeure subjective par ses attaches avec l'hypothèse. La première analyse à laquelle nous nous livrons est une analyse clinique. Elle se fait par nos sens et elle nous fournit des perceptions qui ont, certes, un support objectif, mais qui n'appartiennent qu'à nous. Nous procédons ensuite, non pas comme un esprit qui, ayant perçu quatre côtés égaux, suppose : c'est un carré, mais comme un individu qui est devant un cheval, qui perçoit une muqueuse ictérique et une attitude douloureuse spéciale pour supposer : coliques digestives. Notre hypothèse nous est fournie par tout notre potentiel agissant au moment spécial, dans les conditions spéciales où se fait le diagnostic. Ensuite, par scrupule d'objectivité, par probité, la vérification se fait. Cela paraît rendre négligeable la valeur des renseignements de laboratoire qui souvent déterminent le diagnostic. Il ne faudrait pas croire que, parce qu'il sort d'un laboratoire, un renseignement est définitif. Il faut l'interpréter comme les autres pour qu'il s'intègre dans la synthèse qui vérifie l'hypothèse ou pour qu'il fasse naître une hypothèse. Il est donc nécessaire qu'il soit à notre portée pour pouvoir être adapté par chacun de nous.

« L'homme qui pense avec des idées objectives est un scientifique, celui qui pense avec des idées subjectives est un artiste ou un métaphysicien », dit Pierre Delbet. Sommes-nous donc les uns ou les autres ?

Conclusion

... but de la connaissance est d'enlever au monde objectif son caractère étranger et de faire que nous y soyons plus chez nous.

HEGEL.

La part de subjectivité que contient notre diagnostic est donc très grande. Cette subjectivité est double, elle existe chez l'observateur et chez l'observé. Nous savons, en effet, que nos animaux méritent d'être regardés non comme des mécanismes physiologiques, mais comme des individus. Leur personnalité se manifeste, en pathologie, en donnant à chacun d'eux une physionomie morbide spéciale. On peut, certes, supposer que ces manifestations individuelles ont des causes matérielles, mais il est de fait que souvent elles échappent à toute analyse objective. Le symptôme subjectif ne peut alors être connu que par une véritable sympathie avec l'animal. Cette sympathie — au sens étymologique du mot — est donnée sous une forme rudimentaire : tout homme est à même de reconnaître, par exemple, certaines manifestations de la douleur chez l'animal. Mais elle doit être éduquée pour percevoir les subtilités nécessaires à un diagnostic. Son éducateur ne peut être un cours théorique, car jamais les mots ne réussiront à traduire cette intimité. C'est l'expérience clinique qui nous apprend à reconnaître la matérialisation perceptible de la vie subjective de nos animaux.

Les manifestations de la maladie, dont les mécanismes physiopathologiques sont connus, ou réputés tels, sont des symptômes dits objectifs. Ils sont perçus par nos « instruments du diagnostic » et nous savons que chacune de ces perceptions est une interprétation de l'observateur. Chacun de ces symptômes est connu en devenant nôtre. Certes, il a une base objective, parfois même la mesure ou les instruments autres essaient d'en faire une donnée mathématique, rationnelle. Mais jamais le facteur personnel de l'observateur ne peut être annulé. L'objectivité pure ignorait le qualificatif de « vivant » qui doit pourtant être perçu. Le clinicien n'enregistre pas avec sa raison un fait extérieur à lui, il possède un symptôme, subjectivement, avec un moment de toute sa vie spirituelle. Et l'on conçoit ici encore l'insuffisance de la théorie pathologique. Les cours ne peuvent que nous offrir une expérience objective. Chacun de nous devra la modifier grâce à une connaissance personnelle qui n'est autre que l'expérience clinique.

En présence de ces images, de ces perceptions autant affectives qu'intelligentes, les méthodes logiques de connaissance sont évidemment déroutées. Nées de la raison pure, ces méthodes ne permettent que la manipulation d'idées rationnelles. Elles doivent donc soit être utilisées mathématiquement en nous obligeant à interpréter leurs résultats pour les ramener au domaine du vivant, soit être adaptées à nos données subjectives. Dans la pratique, d'ailleurs, leur utilisation est rarement consciente. L'habitude du diagnostic devient, à proprement parler, une seconde nature, qui permet une communion, qui nous offre un diagnostic de plus en plus immédiat, seulement vérifié par le raisonnement.

Nous voyons donc combien grande est la valeur éducative de l'expérience clinique. C'est elle qui adapte nos instruments du diagnostic, c'est elle qui nous élève au-dessus des méthodes logiques. Elle naît de deux façons. D'abord, à partir d'une observation que l'on a dite « passive », c'est-à-dire qui n'use d'aucun raisonnement, qui enrichit notre potentiel avec des images recueillies par notre conscience sans le secours de notre entendement. Ensuite, par une expérimentation, telle que l'entend Cl. Bernard qui contraint l'observateur à se soumettre à la raison. Nos critères objectifs sont alors les cours théoriques ou les renseignements de l'observation armée. Notre esprit, instruit par cette expérience, ne cesse de s'enrichir et tout ce qu'il recueille s'intègre en lui, pour augmenter notre faculté de compréhension qui devient subjective au point que l'on a pu parler d'un « art » du diagnostic. Et de fait, le diagnostic qui s'offre par association peut ressembler à une inspiration. En réalité, il n'est que le résultat d'une association d'idées extrêmement rapide, d'un mécanisme parfait forgé par la longue expérience clinique. De même, cette forme de pensée subjective que demande le diagnostic peut paraître dénuée de tout esprit scientifique, mue par l'imagination. En réalité, ce n'est qu'un instrument de connaissance scientifique affiné, adapté à cette vie qui nous anime nous-même et qui anime notre objet. Nous ne sommes pas des rêveurs puisque notre expérience est acquise à force de raison, soumise à l'objectivité, mais nous savons que cette raison a des faiblesses. Nous devons interpréter chacune de ces données et nous obtenons un esprit fait d'une subjectivité née de l'expérience objective qui nous permet, tout en pensant en face de nos animaux, de les observer de vivant à vivant.

Nous avions commencé cette thèse, déçus par l'instabilité des connaissances pathologiques. Cette instabilité est maintenant une source de réconfort. C'est elle qui traduit toute la part de subjectivité que contient notre connaissance. Nous ne possédons pas dès la théorie ce que nous allons manipuler chaque jour, tout instant nous apporte un enrichissement plus grand et cette richesse est entièrement et spécifiquement nôtre. Nous progressons sans cesse alors que les sciences raisonnables sont statiques, définies et déterminées dès leur enseignement.

Cette thèse contient de plus une leçon de modestie. Placé en face des animaux malades, nous pensions nous servir d'eux

comme d'une porte ouverte sur l'essence de la maladie et de la vie. Nous voulions posséder tangiblement ce qui n'était pour nous qu'une entité. Nous savons maintenant qu'il y avait dans cette recherche une prétention de jeune. Les animaux que nous observons ne nous sont connus que par l'anatomie et la physiologie. Ces disciplines sont placées entre le symptôme et la cause première, elles sont l'instrument de celui qui doit guérir. Considérant alors notre vanité, nous aurions pu conclure que tous ces mécanismes étiologiques qui nous sont proposés, que tous ces essais d'incursion dans un domaine plus biologique n'étaient que des vues de l'esprit, des élucubrations. Nous aurions alors accepté la solution sophiste qui nous aurait fait dire que la vie et la maladie étaient deux mots perçus seulement par notre imagination et qui cachaient la pauvreté de notre intelligence. Nous aurions de ce fait supprimé à jamais cette curiosité qui apporte le dynamisme à nos recherches. Nous voulons, au contraire, nous appliquer à connaître la portion de la vie qui nous est accessible. Nous connaissons maintenant nos limites, nous explorerons sereinement, avec foi, notre domaine, sachant que seul notre sentiment peut, à ce jour, nous faire percevoir ce qui est au-delà. Plus tard, peut-être, nous retirant des contingences de la pathologie, aidé par notre expérience, nous pourrons nous élever au-dessus d'elles et obtenir une vue intelligente sur l'essence de la vie qui sera la plus belle récompense de notre carrière.

Vu :
Le Professeur de l'Ecole Vétérinaire rapporteur :
Ch. LOMBARD.

Vu :
Le Directeur de l'Ecole Vétérinaire :
P. PONS.

Vu :
Le Président de la Thèse :
SENDRAIL.

Vu : *Le Doyen :*
LEFEBVRE.

Vu et permis d'imprimer,
Toulouse, le 14 avril 1949.
Le Recteur, Président du Conseil de l'Université :
Professeur DOTTIN.

Bibliographie

Bergson H. — *Essai sur les données immédiates de la conscience.* - Paris, Alcan, 1932.

Bernard Cl. — *Introduction à la Médecine Expérimentale* - Hatier, 1941.

— *Leçons sur la pathologie expérimentale.*

— *Leçons sur les phénomènes de la vie.*

Bohn. — *La nouvelle psychologie animale* - Félix Alcan, 1931.

Boll M. — *Eléments de logique scientifique* - Paris, Dunod, 1942.

Bourdon B. — *La Perception* - Paris, Alcan, 1938.

Bourget. — *Quelques erreurs et tromperies de la science médicale moderne* - Payot & C°, 1915.

Bourgoint - Lagrange. — *La philosophie de la Certitude* - Paris, 1912.

Cruikshank W.-D. — *The scientific method in clinical Medecine.* « Brith. Med. J. 1946 June ». - Vet. Bull, 1946.

Delacroix H. — *Les opérations intellectuelles* - Paris, Alcan, 1936.

— *La psychologie de la raison* - Paris, Alcan, 1936.

Delbet P. — *La Science et la Réalité* - Flammarion, 1913.

Descartes. — *Discours de la Méthode* - Léopold Cerf, 1902.

Héricourt. — *Les frontières de la maladie* - Flammarion, 1930.

James W. — *Philosophie de l'Expérience* - Flammarion, 1910.

Le Dantec F. — *La Science de la vie* - Flammarion, 1912

— *Les limites du connaissable. La vie et les phénomènes naturels* - Paris, Alcan, 1908.

Leriche. — *Santé et Maladie* - Encyclopédie française, tome VI.

Lumière Aug. — *La Vie, la Maladie et la Mort* - Masson et C°, Paris, 1928

Pascal. — *Pensées et Opuscules* - Hachette, 1936.

Renouvier Ch. — *Traité de logique générale* - A. Colin, Paris, 1912.

Vernes A. — *Mesure et Médecine* - Flammarion, 1943.

Table des Matières

INTRODUCTION 9

TERRAIN DE LA PATHOLOGIE VÉTÉRINAIRE 11

L'être vivant 11

La maladie 13

L'animal malade 15

INSTRUMENTS AU DIAGNOSTIC 19

Les sens 20

L'observation armée 22

L'interrogatoire de l'animal 24

L'interrogatoire du propriétaire 26

Les cours 27

MÉTHODES DU DIAGNOSTIC 29

Méthode associationniste 29

Méthode intuitive 31

Méthodes discursives 32

CONCLUSION 37

BIBLIOGRAPHIE 41